

Meralgia Paraesthetica

Eine Literaturübersicht

Harry Tuchscherer

Duss
München
1904

Aus der Neurologischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. A. Schrader

M E R A L G I A P A R A E S T H E T I C A

Eine Literaturübersicht

Inaugural Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten
Medizin an der Ludwig-Maximilian-Universität
zu München

vorgelegt von

Harry Tuchscherer
aus Schaftlach

München 1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatte:r: Prof. Dr. F. Lahoda

Mitberichterstatte:r: Prof. Dr. A. Schrader

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: **17.5.1984**

Ich möchte Herrn Prof. Dr. F. Lahoda
für die Stellung des Themas und seine
Unterstützung bei der Bearbeitung
danken.

G l i e d e r u n g z u m T h e m a

M E R A L G I A P A R A E S T H E T I C A

(Eine Literaturzusammenfassung)

A)

I. Definition

- a) Historischer Abriß
- b) Begriffsbestimmung

II. Anatomie

B)

I. Allgemeine Ätiologie

II. Spezielle Ätiologie

- 1) mechanische Ursachen
 - a) " Back - Pack - Meralgie "
 - b) Meralgia paraesthetica nach Wachestehen
 - c) Auto - Sicherheitsgurte als Ursache der Meralgia paraesthetica
 - d) Meralgia paraesthetica nach Uterustumor
 - e) Diverse Kompressionssyndrome

2) Postoperative Meralgia paraesthetica

- a) bei Leistenbruchnaht
- b) nach Transplantation
- c) nach Uterusoperation

3) Kongenitale Ursachen der Meralgia paraesthetica

- a) nach angeborener Hüftgelenkluxation
- b) familiäres Auftreten der Meralgia paraesthetica

4) Meralgia paraesthetica nach Infektionskrankheiten

- a) bei Epstein - Barr - Virus
- b) nach gonorrhoeischen Adnexitis

5) Meralgia paraesthetica beim Kind

6) Diverse Ursachen einer Meralgia paraesthetica

- a) nach Unfall
- b) bei Diabetes
- c) ohne erkennbare Ursache

C)

I. Klinische Symptome

II. Statistische Häufigkeit

1) Häufigkeit von Symptomen

2) Altersverteilung

3) Dauer der Erkrankung

III. Differentialdiagnose

D)

Therapie

I. Konservative Therapie

II. Operative Therapie

E) Diskussion

Meralgia paraesthetica (M.P.)
(Eine Literaturzusammenfassung)

A)

I. Definition

a) Historischer Abriß

Der Begriff Meralgia paraesthetica stammt von W. Roth (36), der 1895 dieser, bis zum heutigen Tag am besten bekannten isolierten sensiblen Neuritis ihren Namen gab. (26)
Das Wort stammt aus dem Griechischen:
" meros " heißt Oberschenkel und " algos " bekanntlich Schmerz. Man könnte also die Meralgia paraesthetica als Oberschenkel-schmerz mit abnormer Empfindung umschreiben, wobei zu berücksichtigen ist, daß bei der, wie nachfolgend beschriebenen sehr umfassenden Ätiologie der Meralgia paraesthetica die genannte Umschreibung nicht selten unzureichend ist.

Schon vor 1895 wurde von Hager (15) ein Fall von isolierter traumatischer Erkrankung des linken Nervus cutaneus femoralis lateralis erwähnt.

Und Bernhardt (4) berichtete schon 1878 über einen Patienten mit typhusähnlichen Fieber, der daneben an der Außenseite seines rechten Oberschenkels, also im Innervationsgebiet des N. cut. fem. lat., ein sonderbares Gefühl verspürte, daß er nicht beschreiben konnte.

Bernhardt (4) hatte öfters diese Paraesthe-

sien der Haut an den genannten Stellen in der Typhus -> Rekonvaleszenz gesehen.

Die Meralgia paraesthetica wurde von Bernhardt (4) und Roth (36) im Jahre 1895 gleichzeitig beschrieben.

Nach Wartenburg (41) folgte danach eine lange Auseinandersetzung bezüglich der Priorität. Man sprach von der " Bernhardtschen ", " Roth - Bernhardtschen " und auch von der " Bernhardt - Rothschen - Krankheit ".

Die historische Arbeit von Martin Bernhardt, der Professor für Nervenkrankheiten und Elektrotherapie an der Universität in Berlin war, erschien am 15 März 1895 im Neurologischen Zentralblatt, während W.K. Roth, der außerordentlicher Professor an der Universität Moskau war, am 1. April 1895 ein Vortrag über die Meralgia paraesthetica hielt.

Es sei hier noch vermerkt auf Sigmund Freud, von dem Philip Eibel (10) berichtet, daß dieser mit 32 Jahren an einer Meralgia paraesthetica litt, ohne allerdings genaueres zu wissen. Freud nahm an, seine Krankheit käme von seinen " kalten Schauern ". Ober er die Meralgie durch Psychotherapie oder durch Operation, wie sie zu dieser Zeit von Hager (15) vorgeschlagen wurde, auskurierte konnte der Autor allerdings nicht in Erfahrung bringen.

b) Begriffsbestimmung

Ein exakte Begriffsbestimmung zur Meralgia

paraesthetica zu finden ist praktisch nicht möglich. Zu sehr divergieren in der Literatur bis zum heutigen Tag die Definitionen dieser neurologischen Erkrankung.

Lediglich partielle Übereinstimmungen sind zu finden, z.B. wird die Paraesthesie bei fast allen Autoren angegeben, ebenso die Schmerzempfindung, während Symptome wie Hyperaesthesie oder Thermoesthesie seltener erwähnt werden.

So spricht W. Schneid (38) von einem sehr häufigen bedeutungsvollen Leiden, bei dem der N. cut. fem. lat. durch verschiedenartige Erkrankungen und mechanischen Einwirkungen geschädigt wird.

Dagegen sieht G. Bodechtel (6) die Meralgia paraesthetica als lästige Paraesthesie im antero-lateralen Oberschenkelhautbereich, die einhergeht mit auffallender Überempfindlichkeit, vor allem bei oberflächlicher Berührung durch Wäsche, Korsett etc.

H. Joschke (17) schreibt, die Patienten klagen über Paraesthesien im Versorgungsgebiet des N.cut.fem.lat., die sich bei längeren Gehen und Stehen steigern, wobei meist eine Hypaesthesie, Hypalgesie und Thermhypaesthesie, seltener Hyperaesthesie und nur gelegentlich Hyperhidrosis und Haarausfall zu finden ist.

P. Moritz (28) stellt anhand seines Krankengutes fest, daß die Meralgia paraesthetica nicht als " sui generis " - Erkrankung anzusehen ist, sondern als Symptom einer organischen Krankheit, in erster Linie als eine

Druckschädigung durch Spondylarthrose oder durch andere Wirbelsäulenerkrankungen.

P. Moritz (28) ist auch der Meinung, daß die Meralgia paraesthetica fast immer mit irgendeiner pathologischen Veränderung an der Wirbelsäule einhergeht. Hier sieht er einen Gegensatz zu Wartenburg (41), der nach seiner Meinung die Meralgia paraesthetica als eine infektiöse Mononucleose betrachtet.

Eine umfassende Definition der Meralgia paraesthetica gibt L. Beichl (1), der sie als ein wohlbekanntes neurologisches Syndrom darstellt, welches Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und vor allem Paraesthesien an der Außenseite des Oberschenkels beinhaltet. Der Verlauf der Erkrankung kann über Jahre bis Jahrzehnte dauern und auch spontan wieder abklingen. Nach seiner Ansicht verursacht die Meralgia paraesthetica relativ geringe Belästigungen und daher wird sehr selten der Arzt aufgesucht. Häufig wird sie anlässlich einer neurologischen Untersuchung mit anderer Indikationsstellung als Nebentbefund erkannt.

Eine ziemlich " grobe " Definition gibt Ewald (11), der bei Befall der höher gelegenen Teile des Lumbalplexus mit lebhaften Schmerzen im Bereich des N.cut.fem.lat. von einer Meralgia paraesthetica spricht.

Im Wörterbuch der Medizin von Zetkin u. Schalldach (43) wird von der Bernhardschen Lähmung gesprochen, die einhergeht mit schmerzhafter Paraesthesie (Gefühl des Wundseins)im Innervationsgebiet des N.cut.fem.lat. auf einer

etwa handgroßen, ovalen Fläche an der Außenseite des Oberschenkel, verursacht durch eine meist mechanische Schädigung.

Bei Mumenthaler (29) führt eine chronische Schädigung des rein sensiblen N.cut.fem.lat. im L 2 -und L 3 - Bereich beim Durchtritt durch das Leistenband zum charakteristischen Bild der Meralgia paraesthetica.

Der Autor K. Poeck (32) schließlich versteht die Meralgia paraesthetica als ein nicht selten entstehender Reizzustand im sensiblen Versorgungsgebiet des genannten Nerven auf der lateralen Vorderseite des Oberschenkels und des angrenzenden Bezirks der Außenseite.

Die Patienten empfinden spontan Paraesthesien (Taubheitsgefühl, Ameisenlaufen) im entsprechenden Gebiet. Meist ist die Haut für leichte Berührung, z.B. durch Wäsche überempfindlich.

Beschwerden sind bereits in Ruhe vorhanden und nehmen beim Gehen gewöhnlich zu. (32)

Die o.g. Ausführungen zeigen deutlich die Problematik einer einheitlichen Definition der Meralgia paraesthetica, die zwangsläufig im Zusammenhang steht mit der sehr umfassenden Ätiologie dieser Erkrankung.

II. Anatomie

Der sensible N.cut.fem.lat. entspringt der zweiten und dritten Lumbalwurzel.

Er verläuft hinter dem Musculus psoas, überquert die Christa illiaca und zieht über den M. illiacus zur Spina illiaca ventralis (= Spina illiaca anterior superior).

Der Nerv verläßt das Becken knapp medial von der Spina illiaca ventralis und dringt hier zwischen den Fasern des Leistenbandes, d.h. also des verdickten unteren Randes der Aponeurose des M. obliquus externus hindurch. An dieser Stelle ist er von den sehnigen Fasern des Leistenbandes eng umschlossen und macht dabei einen Knick von ca. 90°, wobei er aus einem mehr oder weniger horizontalen Verlauf im Beckeninneren in einen vertikalen Verlauf übergeht. (29)

Etwa 10 cm unterhalb der Spina illiaca ventralis teilt der Nerv sich in den N.cut.ant. und N.cut.post.

Der größere von beiden Nervenästen, der N.cut.ant. durchbohrt die Fascia lata mit sensibler Innervation vom lateralen Oberschenkel bis hinunter zum Knie. Der kleinere Ast, der N.cut.post. innerviert die Haut über den Trochanter major bis zu dem Bereich, der vom N.cut.ant. versorgt wird. (9)

Auf seinem langen Weg ist der N.cut.fem.lat. anfällig für die verschiedensten Störungen. Im spinalen Bereich sind dies nach Edelson

und Nathan (9) intraspinale Tumoren, sowie bandscheibenbedingte oder osteophytische Kompressionen.

Im Bereich des M. psoas können Muskelparesen oder Myositis in ätiologischer Verbindung zu Meralgia paraesthetica stehen.

Der rechte N.cut.fem.lat., der hinter dem Zökum und dem Appendix verläuft, wie auch der linke Nerv, der hinter dem Colon sigmoideum verläuft, sind anfällig für infektiöse Prozesse, Neoplasmen, intraabdominelle Störungen, sowie verunglückte chirurgische Eingriffe in diesem Gebiet.

Unterhalb des Ligamentum inguinale verläuft der N.cut.fem.lat. relativ oberflächlich und ist hier besonders direkten traumatischen Läsionen ausgesetzt. (9)

B)

I. Allgemeine Ätiologie

Obwohl es relativ viele Arbeiten zur Meralgia paraesthetica gibt, kann man bis heute noch von keiner einheitlichen Pathogenese sprechen.

Das liegt wohl auch daran, daß im Laufe von nun fast einem Jahrhundert, seit Haager 1885 erstmals auf das Problem aufmerksam machte und Bernhardt und Roth zehn Jahre später diese Krankheit genauer beschrieben, immer neue Ursachen zur Meralgia paraesthetica beschrieben wurden.

Darüber hinaus haben sich zu diesem Thema verschiedene " Lehrmeinungen " gebildet, wobei Ursachen mechanischer Art von einem größeren Teil der Autoren angeführt wird.

Daneben gibt es aber, wie schon erwähnt, eine große Fülle verschiedenster Ursachen. Nach einer Aufstellung von Wartenburg (39) unterteilt sich die Ätiologie der Meralgia paraesthetica wie folgt.:

- a) Allgemeine Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Influenza, Brucellose, Typhus, Fleckfieber, Arthritis, Wochenbettfieber, Rheumatismus, Syphilitis, Grippe, Malaria, Trichinose, Tonsillitis, Erkältung, Tuberkulose, akute Allgemeininfektionen etc.
- b) Stoffwechselkrankheiten wie Gicht, Diabetes mellitus, Adipositas, Morbus Basedow, Skorbut, Urämie
- c) Verdauungskrankheiten wie Dyspepsie, Ver-

stopfung, Leberszirrhose, Colitis, Appendizitis, Aszites, Erkrankung der Eingeweide im Hypogastrium und kleinen Becken, abdominale Tumoren

- d) Krankheiten des Gefäßsystems wie dekompensierte Herzfehler, Arteriosklerose, Aneurysma der Bauchaorta, Hämorrhiden, Claudicatio intermittens
- e) Krankheiten des Atmungssystems wie Pneumoninie, Lungentuberkulose, Mediastinaltumor
- f) Krankheiten des Urogenitalsystems wie Nierenerkrankung, Schwangerschaft, Gonorrhoe, gonorrhoeische Adnexitis, Uterus- und Beckentumoren, Salpingitis, Adnexitis
- g) Krankheiten des Nervensystems wie Encephalitis epidemica, Progressive Paralyse, Eklampsie, Tuberkulöse Tabes, Syringomyelie, Spondylitis, Spina bifida occulta, Hämatomyelie, Rückenmarkstumor, Herpes zoster, Lumbalanaesthesie, Neurasthenie, Dermalgie, Zerebrospinale Meningitis, Spinale Meningitis, Carcinomatose der Wirbel, Serumkrankheit
- h) Durch Chemikalien bedingte Krankheiten wie Alkoholismus, Bleivergiftung, Morphinismus, Nikotinabusus, Ergotismus, Windpocken, Äthernarkose, Insektenstiche, Antitetanusserum, Oxalsäure, Kohlenoxid, Chinin
- i) Chirurgische Operationen wie Mastektomie, Laminektomie, Bauchoperationen, Appendektomie
- j) Psychische Erkrankungen wie Senile Demenz, Gemütsbewegungen, Hysterie, Neurose

- k) traumatische, orthopädische und andere lokalisierte Krankheiten wie Tragen und Heben von schweren Gegenständen, Überanstrengung der Beine, abnorme Stellungen, ungeschickte Beinbewegungen, Kälte und Wärmeeinflüsse, Kälteschauer, Tragen von Gürteln, Bandagen, Korsetts, Säbeln, Revolvern, Zigaretten dosenaus Metall in den Hosentaschen, Druck von Tischrändern, Leistenhernien, örtliche Injektionen (tetanusserum, Chinin,) Entzündung der Inguinallymphknoten, Hängebauch, Plattfüße, Klumpfuß, Thrombophlebitis, Arteriosklerose der Beine, intermittierender Spasmus des Tensor fasciae latae, Oberschenkel tumor, Myopathie, Arthritis der Wirbel und des Beckens, Neurofibrolipome, Prolaps einer Zwischenwirbelscheibe, Spondylitis deformans, Pott'sche Krankheit, Osteomyelitis, Periostitis des Oberschenkels etc.

II. Spezielle Ätiologie

Diese nun schon fast unübersichtliche Übersicht der allgemeinen Ätiologie zeigt deutlich wie schwierig es ist, eine systematische Bearbeitung der Ätiologie der Meralgia paraesthetica vorzunehmen.

Von daher werde ich versuchen, mich auf beschriebene Fälle jüngerer Datums zu beschränken, obgleich auch hierbei die Vielfalt der Ursachen der Meralgia paraesthetica sehr deutlich wird.

1) Mechanische Ursachen

a) "Back - Pack - Meralgie "

Alexander MacKay (22) von der Harvard Medical School beschreibt hier eine persönliche Erfahrung mit der Meralgia paraesthetica. Nach einem Fußmarsch über 100 km, beladen mit einem 35 kg schweren Rucksack, bemerkte er am nächsten Tag vorübergehend Prickeln und Paraesthesien an beiden Oberschenkeln auf der jeweils lateralen Seite.

Am zweiten Tag wurde es unangenehm und am dritten Tag trat eine verminderte Sensibilität, die in dem Maße zu - oder abnahm wie er das Gewicht des Rucksackes verlagerte, ob mehr zur Hüfte oder mehr zur Schulter.

Nach dem fünften Tag trat eine völlige Anaesthesie auf, und zwar im Bereich der Aufzweigung des N.cut.fem.lat.

Erst nach zehn Wochen ließen die Beschwerden nach.

Der Autor berichtet, daß er schon früher längere Wanderungen unternommen habe, jedoch mit einer anderen Art von Tragegerät. Seiner Meinung nach sind die Symptome nicht vom langen Tragen, sondern vom Druck des Trageriemen des Rucksackes auf den Nerven in der Inguinalregion herzuleiten. (22)

b) nach Wachestehen

Berichtet wird hier von E. Massey (23) der Fall eines 26-jährigen Marinesoldaten, der sich bis dato eines ausgezeichneten gesundheitlichen Zustandes erfreute.

Während des 2 - 3 stündigen Wachestehens bemerkte er jedoch plötzlich Brennen und Taubheitsgefühl am rechten Oberschenkel auf der anterolateralen Seite.

Konnte er nach dem Stillstehen seine Beine wieder entspannen, so verschwanden die brennenden Schmerzen, jedoch das Taubheitsgefühl blieb. In der darauffolgenden Nacht ging das Taubheitsgefühl in einem quasi alternierenden Rythmus langsam aber stetig zurück.

Dieser Vorgang wiederholte sich nach jedem Wachestehen. Der Autor vermerkt, daß kein hindernder Gegenstand, wie Säbel, Revolver etc. im Hüft - Inguinal oder Oberschenkelbereich zu finden war. Kein Diabetes, Grippe - oder Lungenleiden, die Laborwerte ergaben einen normalen Blutstatus; kein Hinweis auf Infektion. Auch eine Röntgenaufnahme der Lumbalgegend, wie auch im Hüftbereich ergaben keine Anhaltspunkte.

Der Autor vermutet, daß durch das lange Stehen eine lumbale Lordose entsteht mit zunehmender Beugung des Beckens und Streckung der Hüfte.

Somit entsteht eine Spannung auf das Ligamentum inguinale und der Fascia lata in deren Bereich der N.cut.fem.lat. verläuft.

c) Sicherheitsgurte im Auto als Ursache der Meralgia paraesthetica

Auf eine noch relativ seltene Ätiologie der Meralgia paraesthetica weist Albert C. Cuetter (8) hin.

Als eine mögliche Ursache wird der Sicherheitsgurt im PKW benannt, wobei zu bemerken ist, daß bei zunehmender Verbreitung des Anschnallens bzw. der Anschnallpflicht diese Problematik in Zukunft einen größeren Raum einnehmen wird.

Insbesondere bei den automatischen Sicherheitsgurten ist die Inguinalregion die kritische Stelle, dort wo der Gurt den Schoß umspannt und in die automatische Verschlussvorrichtung eingeführt wird.

Hierbei wird ein Druck auf die Region unterhalb des anterosuperioren Teils der Spina iliaca ventralis ausgeübt, und es entstehen nach Cuetter(8) die typischen Symptome der Meralgia paraesthetica.

Wird der Sicherheitsgurt abgelegt, verschwinden die Symptome wieder, auch dann wenn ein sog. " plastic clip " verwendet wird.

Von Richard Beresford (3) wird der Fall

eines 46-jährigen Geschäftsmannes angeführt, der nach einem Autounfall, bei angelegtem Sicherheitsgurt, Meralgia paraesthetica - Symptome aufwies.

Durch den Aufprall wurde er nach links geworfen, konnte aber durch das "Hinderniß Sicherheitsgurt" vor dem Zusammenprall mit der Autotüre bewahrt werden. Allerdings trug er, bedingt durch den über dem Becken anliegenden Gurt Quetschungen im Bereich der Spina iliaca ventralis davon.

Am nächsten Tag bemerkte er Kribbeln und Taubheitsgefühl in diesem Areal. Dieses Gefühl hielt an und wurde schließlich zum brennenden Schmerz, wenn er längere Zeit stehen mußte.

Drei Tage nach dem Unfall stellten sich zusätzliche iliosakrale Schmerzen ein, insbesondere über den Wirbeln L 2 und L 3 bei Beklopfen.

Eine Röntgenaufnahme des lumbosakralen Bereiches erbrachte nichts auffälliges.

Auch ein angefertigtes Myelogramm war negativ.

Im Laufe der Zeit gingen die Beschwerden zurück und beeinträchtigten kaum noch seinen Beruf. Allerdings hatte er Schwierigkeiten in der Unterscheidung von "sharp and dull stimuli", sowie ein unangenehmes Gefühl bei Bestreichen des anterolateralen Oberschenkelbereichs. Ansonsten waren keine neurologischen Ausfälle festzustellen. (3)

d) bei Uterustumor

David A. Suber und E. Wayne Massey (39) berichten über den Fall einer 40 - jährigen Frau, die bei einer gynäkologischen Untersuchung über unregelmäßig auftretendes Taubheitsgefühl im rechten Oberschenkel klagte.

Sie beschrieb die Symptome als lästig, aber doch noch tolerabel. Die Sensibilitätsstörungen dauerten nach Befragen der Patientin etwa 45 Minuten und ließen dann bis zu völlige Verschwinden nach.

Sie hatte schon drei Geburten hinter sich, wobei noch keine Fehlgeburt aufgetreten war. Weder Darm - oder Blasenstörung, noch Gehbeschwerden oder Einschlafen der Beine hatte sie festgestellt.

Die Anamnese ergab auch keinen Hinweis auf Arthritis, Tuberkulose, Hüftgelenksbeschwerden oder Komplikationen bei früheren Schwangerschaften. Auch eine Allergie oder ein Medikamentenabusus konnte nicht nachgewiesen werden.

Bei der körperlichen Untersuchung wurde bei Palpation des sensibilitätsgestörten Bereiches dumpfe Schmerzen festgestellt. Die neurologische Untersuchung ergab ein Areal von Hypaesthesia bis Schmerzempfindung imunteren Quadranten des Abdomens (4 cm unter der Spina illiaca crest) bis etwa 5 cm oberhalb des Knies. Ebenso wurde ein kleiner lichtempfindlicher Bereich ausgemacht. Ansonsten keine neurologischen Auffälligkeiten.

Bei Untersuchung des Beckens wurde schließlich im Bereich der rechten Adnexe eine derbe Schwellung in der Größenordnung von 6 x 6 cm gefunden.

Drei Monate später wurde bei der Operation des Abdomens die getastete Schwellung als ein 8 x 6 cm großer, posterior gelegener Uterustumor ausgemacht, der den vorderen Teil des Lumbalplexus komprimierte und zwar im rechten oberen Bereich.

Eine totale abdominale Hysterektomie und eine bilaterale Salpingo-Oophorektomie wurde durchgeführt. Der postoperative Verlauf war normal. Seither sind auch die Meralgia paraesthetica - Symptome verschwunden. (39)

e) Diverse Kompressionssyndrome

Einen ziemlich ungewöhnlichen Fall von Meralgia paraesthetica als Kompressionsursache beschreiben W. Cascells et.al. (7)

Eine, von den Autoren nicht näher definierte Staubinde, wahrscheinlich eine Blutdruckmanschette, die etwa 20 min. aufgeblasen angelegt gelassen wurde, verursachte bei einem 70 - jährigen Mann, der wegen eines akuten Lungenödems ins Krankenhaus eingeliefert wurde, typische Meralgia-Symptome. Bei Streckung der Hüfte nahmen diese zu. Die motorischen Funktionen und Reflexe waren völlig normal.

Bei einem anderen Fall weist W. Schneid (38) daraufhin, daß bei einer Meralgia paraesthetica immer nach " drückenden Kleidungsstücken und abdominalen Erkrankungen zu fahnden ist. "

G. Bodechtel (6) sieht wichtige Ursachen u.a. beim Bandscheibenprolaps zwischen dem 2. und 4. Lendenwirbel, bei Fraktur des Dammbeikamms, bei Aneurysma der A. illiaca, nach Injektionen in die Fascia lata und sogar bei einer Furunkulose sollen Symptome einer kompressionsbedingten Meralgia paraesthetica auftreten.

Röttgen und Wullenweber (34) schließlich beschreiben Fälle ähnlicher Ätiologie die ausgegangen sind von einem Caudaneurinom, einer ausgeprägten epiduralen Varikosis kombiniert mit einem Hämangiomwirbel.

2) Postoperative Meralgia paraesthetica

a) bei Leistenbruchnaht

Ein ungewöhnlicher Fall wird von der Autorengruppe Tadikonda Rao, Hyun Kim et. al. (33) erwähnt.

Bei einer Leistenbruchoperation an einem 56 - jährigen Mann wurde eine Anaesthesie durchgeführt, die aus einem subarchnoidalen Block bestand, und nichttraumatisch mit einer 22 - er Spinalnadel in L 4 bis L 5 - Bereich mit 2ml 0,5% " hyperbaric tetracaine hydrochlorid " durchgeführt wurde. Danach wurde ein Hautschnitt 2 cm über und parallel zum linken Ligamentum inguinale ausgeführt, der sich 2 cm unterhalb der Spina illiaca ventralis bis zum Pubis Tuberculum erstreckte.

Durch technische Schwierigkeiten, wie die

Autoren anmerkten, wurde der Hautschnitt etwa 3 cm mehr lateral ausgeführt. Die Operation selbst verlief völlig normal. Am zweiten postoperativen Tag bemerkte der Patient Taubheitsgefühl und Brennen am anterioren und lateralen Teil des Oberschenkels, daß beim Stehen durch zusätzliche heftige Schmerzen noch verstärkt wurde.

Neurologische Untersuchungen konnten keine Folgeerscheinungen der vorgenommenen Anaesthesie feststellen.

Die körperliche Untersuchung ergab ebenfalls keinen Anhaltspunkt, außer den Schmerzen über dem linken Oberschenkel und zwar im Bereich der Leistenbruchnaht, die ödematös und rötlich verfärbt war.

Nach der vorläufigen Diagnose Meralgia paraesthetica wurde eine Blockade des N. cut.fem.lät. vorgenommen um zu erfahren, ob der Schmerz zentral oder sensibel erfolgt. Nach der Methode von Moore wurden 10 ml Kochsalz injiziert und der Patient 30 min. beobachtet.

Eine zentrale Ursache konnte ausgeschlossen werden. Nach einem zweiten Block mit 10 ml 0,5 % Bupivacine verschwanden die Symptome innerhalb von 5 Minuten völlig.

Am nächsten Tag wurde wiederum die Bupivacine - Blockade durchgeführt.

Der Patient konnte danach völlig symptomfrei die Klinik verlassen.

b) nach Transplantation

Im Rahmen einer Operation an der vergrößerten und deformierten Nase einer 50-jährigen Frau, wurde ein 4 x 3 cm großes Knochenstück aus der Crista iliaca, einschließlich der Spina iliaca ventralis, entnommen.

Nach den Ausführungen der Autoren Anthony M. Weikel und Mutaz B. Habal (42) war die Operation gut verlaufen.

Jedoch stellten sich in der postoperativen Phase Schmerzen überdem antero-lateralen Oberschenkelbereich ein. Die Schmerzen dauerten an und schließlich wurde die Diagnose Meralgia paraesthetica gestellt.

Die Therapie bestand in Analgetika, transcutaner Stimulation und Desensibilisierung. Trotzdem blieben die Schmerzen, die der Patientin nicht erlaubten ihre Tätigkeit als Medizinisch Technische Assistentin auszuüben.

Schließlich waren nach 6 Monaten die Schmerzen noch immer vorhanden und man zog nun einen neurochirurgischen Eingriff in Betracht.

Es wurde dann allerdings doch die bisherige Therapie beibehalten und ein Jahr später gingen die Beschwerden langsam zurück.

Die Patientin konnte wieder ihre Arbeit aufnehmen und benötigt nur hin und wieder Analgetika.

c) nach Uterusoperation

Byron B. King (19) beschreibt einen Fall nach Operation eines retrovertierten Uterus bei einer 32 - jährigen Frau.

Es wurde eine spinale Anaesthesie durchgeführt. Einige Wochen später bemerkte die Patientin zunächst ein Taubheitsgefühl, Kribbeln und Brennen im anterolateralen Oberschenkelbereich.

Die Beschwerden nahmen schließlich an Heftigkeit zu. Eine Untersuchung ergab Hyaesthesie bis Kribbeln bei der Aufzweigung des rechten N.cut.fem.lat.

Schließlich wurde unter Allgemeinnarkose ein kleines Stück des genannten Nerven reseziert. Wegen Ischiasbeschwerden wurde gleichzeitig eine Ober'sche Fasciotomie durchgeführt. Das resezierte Nervenstück war makroskopisch und mikroskopisch unauffällig.

Die Patientin war nach dem letzten Eingriff sofort beschwerdefrei. (19)

3) Kongenitale Ursachen der Meralgia Paraesthetica

a) nach angeborener Hüftgelenksluxation

Bei einem 19 - jährigen Mädchen wurde nach einer angeborenen beidseitigen Hüftgelenksluxation eine Stabilisierung, der Autor B.B. King (19) spricht von einer " shelf stabilization ", an der linken und ein Jahr später

an der rechten Hüfte durchgeführt.
Kurz danach traten Taubheitsgefühl und Schmerzen im Innervationsbereich des N.cut.fem.lat. auf.

Die Symptome traten nur beim Gehen auf, während sie beim Sitzen oder Liegen wieder verschwanden.

Hypaesthesie über der Nervenauflzweigung und Schmerzrückgang bei 1 % Novocain-Injektion wurde ebenfalls festgestellt.

Unter Allgemeinnarkose wurde 6 Monate später ein Stück des genannten Nervens herausgeschnitten. Es waren keine makroskopischen oder mikroskopischen Veränderungen festzustellen.

Die Schmerzen gingen sofort zurück. Im Zeitraum von einigen Monaten nach der Operation traten noch Taubheitsgefühl auf, das aber schließlich verschwand.

Nach etwa 12 Monaten verlor sich auch die Hypaesthesie. (19)

b) Familiäres Auftreten von Meralgia paraesthetica

Von E. W. Massey (24) wird der Fall eines 16 - jährigen Oberschülers beschrieben, der Taubheitsgefühl im linken Oberschenkel verspürte.

Die neurologische Untersuchung ergab einen anaesthetischen Bereich im lateralen Oberschenkelbezirk und zwar lokalisiert in der Aufzweigung des N.cut.fem.lat. bzw. ant. Ansonsten keine neurologischen Besonderheiten, weder ein Trauma noch eine Systemerkrankung.

Die Familienanamnese ergab aber, daß die Großmutter sowie eine Tante mütterlicherseits ähnliche Sensibilitätsstörungen in diesem Bereich auf Jahre hinaus hatten. (24)

4) Meralgia paraesthetica nach Infektionskrankheiten

a) bei Epstein - Barr - Viruserkrankung

Die Autoren E. Wayne Massey, W. L. Brannon jr. und A. B. Pleet (26) verweisen auf den Zusammenhang von verschiedenen neurologischen Erkrankungen mit der Mononucleosis infectiosa, deren Erreger bekanntlich das Epstein - Barr - Virus ist und durch Tröpfchen - und Kontaktinfektion übertragen wird.

Allerdings ist es, nach Meinung der o.g. Autoren, nicht umgekehrt der Fall, daß eine Mononucleosis infectiosa automatisch bei einer Epstein - Barr - Virusinfektion hervorgerrufen wird.

Daher schließen sie sich dem Vorschlag von Grose et. al. (14) an, die gefordert haben, daß bei Jugendlichen mit akuter neurologischer Erkrankung ohne Hinweis auf Mononucleosis infectiosa der Nachweis auf Epstein - Barr - Virus unbedingt erfolgen sollte.

Die o.g. Autoren (26) verweisen auf drei junge Patienten, die eine akute Meralgia paraesthetica in Verbindung mit Auftreten von Epstein - Barr - Virus zeigten.

Die genannten Patienten, ein 19 - jähriger und ein 23 - jähriger Mann, sowie eine 17 - jährige Frau zeigten keinen Hinweis auf übliche und schon genannte Ursachen einer Meralgia paraesthetica,

Seit Beginn ihrer neurologischen Erkrankung wurde über Wochen hinweg serologische Tests durchgeführt, u.a. die Ig - M spezifische Antikörper - Methode nach Schmitz und Scherer. Bei einem Patienten ergab sich ein positiver heterophiler Befund; ansonsten aber kein Hinweis auf Mononucleosis infectiosa.

Ein Patient war nach drei Monaten symptomfrei, während der andere zwei Jahre lang Beschwerden hatte.

Nach Ansicht der Autoren besteht ein gewisser Zusammenhang von " unerklärbaren " Auftreten von Meralgia paraesthetica und dem Auftreten der Epstein - Barr - Virusinfektion ohne Mononukleose bei jungen Patienten.

b) nach gonorrhöischer Adnexitis

W. Jost (18) beschreibt den Fall einer 27 - jährigen Patientin, die wegen heftiger Schmerzen im rechten Unterbauch vom Hausarzt ins Krankenhaus überwiesen wurde.

Die Anamnese ergab, daß etwa fünf Jahre zuvor eine Appendektomie durchgeführt wurde und vier Jahre später ein Bauchabszeß operiert wurde. Gleich danach traten Schmerzen an der Außenseite des rechten Oberschenkels auf, die teilweise so stark waren, daß die Patientin ihre Arbeit aufgeben mußte.

Sie beschrieb die Schmerzen als heftige Krämpfe und machte sich heiße Wickel um den Oberschenkel, die allerdings so heiß waren, daß die Patientin eine leichte Verbrennung erlitt.

Der Autor schließt daraus, daß zuvor eine Hypaesthesia bestanden sein mußte.

Bei der vaginalen Untersuchung wurde schließlich ein Tumor in der rechten Adnexgegend festgestellt.

Der Zervixabstrich ergab Gonokokken.

Nach Ansicht von Jost (18) war eine gonorrhoeische Adnexitis die Ursache der Meralgia paraesthetica. Der Tumor selbst bereitete der Patientin keine Beschwerden, nur eben die dadurch verursachte Neuritis des N.cut.fem.lat..

Neben Hypaesthesia war auch eine gesteigerte Empfindung für Wärme und Kälte festgestellt worden.

5) Meralgia paraesthetica beim Kind.

J.M.Pellock und E.W. Massey (27) beschreiben den sehr seltenen Fall einer Meralgia paraesthetica bei einem Kind, einem siebenjährigen Jungen.

Dieser bemerkte zuerst ein permanentes Einschlafgefühl des linken Oberschenkels.

Die Anamnese ergab weder Trauma noch Quetschung oder ähnliches.

Bei der neurologischen Untersuchung zeigte sich ein Sensibilitätsverlust bis hin zu Kribbeln im anterolateralen Oberschenkelbereich (6 x 10 cm).

Schmerzen hatte der Junge keine.

Blutbild und Röntgenbefund waren normal.

Drei Monate später waren die Beschwerden fast verschwunden, lediglich geringe Sensibilitätsstörungen waren noch vorhanden.

6) Diverse Ursachen für eine Meralgia paraesthetica

a) nach Unfall

Nach einem Autounfall erlitt eine 25 - jährige Frau Verletzungen an der Außenseite des linken Oberschenkels.

Nach den Ausführungen des Autors B.B. King (19) hatte die Frau Taubheitsgefühl und Schmerzen im genannten Bereich.

Der Schmerz wurde schlimmer beim Stehen und ließ nach bei Beugung des Oberschenkels.

Eine Hypaesthesia wurde gleichfalls festgestellt.

Nach Resektion eines 2,5 cm langen Nerven-segments im Oberschenkelbereich unter Lokalanästhesie verschwanden die Schmerzen.

Das resezierte Nervenstück war makroskopisch wie mikroskopisch unauffällig.

Drei Monate nach der Operation stellte sich ein Gefühl der " Steifheit " im oberen äußeren Oberschenkelbezirk ein. Zwei Monate danach erlitt die Patientin bei einem häuslichen Unfall eine Verbrennung zweiten Grades im schon erwähnten hypaesthetischen linken Oberschenkelbereich.

Wieder fünf Monate später war die Verbrennung zufriedenstellend ausgeheilt. Im genannten Bereich waren nun keine Schmerzen mehr festzustellen.

Lediglich eine leichte Hypaesthesia war schließlich als Restbefund noch festzustellen. (19)

b) beim Diabetes mellitus

Eine Meralgia paraesthetica beim Diabetes mellitus tritt meist im Rahmen einer diabetischen Polyneuritis auf.

Nur ganz selten findet man eine reine Meralgia paraesthetica im Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus.

Nach E. Fischer und E. Krieg (12) sind nicht nur bei Infektionskrankheiten, sondern auch bei Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus Meralgia paraesthetica-Symptome aufgetreten.

Die Autoren weisen daraufhin, daß bei Diabetesneuralgien, die insgesamt sehr häufig vorkommen, die Meralgia paraesthetica meist als Begleitform aufgetreten ist.

Jedoch kamen in ihrem Patiengut auch "vereinzelt isolierte Formen bei Tuberkulose und Diabetes mellitus " vor. (12)

Auch in einer Aufstellung von Charles Kitchen (18) wird der Diabetes mellitus im Zusammenhang mit Meralgia paraesthetica erwähnt.

Allerdings rangiert der Diabetes mellitus in Verbindung mit Meralgia paraesthetica-Symptome nach seiner Statistik von der Häufigkeit her gesehen an unterster Stelle.(18)

Insgesamt ist der Schluß zu ziehen, daß der Diabetes mellitus, bezogen auf andere Ätiologieformen, eine seltenere Ursache der Meralgia paraesthetica ist.

c) ohne erkennbare Ursache

B.B. King (19) beschreibt einen weiteren Fall von Meralgia paraesthetica, allerdings ohne erkennbare Ursache.

Die 29 - jährige Frau hatte über einen längeren Zeitraum Taubheitsgefühl und Kribbeln im Oberschenkel, später kamen noch brennende Schmerzen hinzu, die einige Male pro Monat auftraten.

Besonders traten die Symptome bei längeren Stehen und bei körperlicher Belastung hervor.

Auch Hypaesthesia wurde angegeben.

1 % - Novocain - Injektion im Bereich der Fascia lata medial von der Spina iliaca anterior superior bewirkte sofortige Schmerzlosigkeit.

14 Jahre danach wurde ein kleines Stückchen des N.cut.fem.lat. exzidiert, wobei aber der Nerv makroskopisch wie mikroskopisch ohne Befund war.

Die Schmerzen waren sofort verschwunden.

19 Monate nach der Operation war lediglich eine Hypaesthesia im Bereich des antero-lateralen Oberschenkels zurückgeblieben. (19)

C)

I. Klinische Symptome

So wie die Ätiologie der Meralgia paraesthetica, so zeigt auch die klinische Symptomatik eine breite Streuung.

Allerdings gibt es, wie schon erwähnt, bestimmte Symptome, die bei praktisch allen Autoren genannt werden, während bestimmte Symptome nur von einzelnen Autoren angeführt werden.

Von R.K. Jones (16) werden Symptome wie dumpfer Schmerz, in Verbindung mit Taubheitsgefühl und Kribbeln im anterolateralen Oberschenkelbereich angegeben, die nicht unbedingt fortschreiten oder aufhören bei Gehen oder Stehen, sondern auch während des Liegens auftreten können.

Zwei additive Symptome sind nach seiner Meinung die schmerzhaft Hyperaesthesia, ausgelöst durch einen leichten Schlag auf den Oberschenkel im anterolateralen Bezirk, und eine Empfindlichkeit über der Stelle, wo der N.cut.fem.lat. die Fascia lata hin zur Spina iliaca ventralis durchdringt. (16)

H. Joschko (17) sieht das Symptom der Hyperaesthesia als ein selteneres an.

Viel häufiger sind seiner Meinung nach Hypaesthesia, Hypalgesie und Thermhypaesthesia, gelegentlich treten auch Hyperhidrosis und Haarausfall auf. (17)

Das klinische Bild der Meralgia paraesthetica

besteht bei Röttgen und Wüllenweber (34) objektiv in einer sensiblen Störung mit Hypaesthesia und seltener Anaesthesia. In vielen Fällen tritt ein Druckschmerz medial der Spina iliaca ventralis auf. Eine Hyperextension im Hüftgelenk bringt in vielen Fällen eine Verstärkung der Beschwerden. Trophische Störungen sollen seltener vorkommen und können neben einer Verminderung der Behaarung in einer pergamentartigen Verdünnung der Haut im betroffenen Gebiet bestehen. (34)

Neben Paraesthesien, Taubheitsgefühl und Schmerzen, sowie selteneres Auftreten von Hypaesthesia oder Anaesthesia, die auch von McInyre (21) beschrieben werden, kommen nach Meinung der Autoren Vinken und Bruyn (40) ab und zu brennende Schmerzen in Innervationsgebiet des N.cut.fem.lat. vor. Auch Schlafstörung soll ab und zu vorkommen.

Auch Mumenthaler (30) spricht von lokalisierten brennenden Schmerzen an der ventrolateralen Seite des Oberschenkels, die durch Überstreckung des Hüftgelenks (umgekehrter La-segue) verstärkt werden.

Handtellergroße Sensibilitätsstörungen an dieser Stelle sollen fast immer nachweisbar sein. (30)

Morton G. Pearsón (31), der über einen Fall von Meralgia paraesthetica in der Schwangerschaft berichtet, sieht als erstes Symptom das Taubheitsgefühl im anterolateralen

Oberschenkelbezirk, den stechenden Schmerz und die nachfolgende Paraesthesie.

Im Gegensatz zu Jones (16) ist Pearson der Meinung, daß die Schmerzen beim Stehen und Strecken der Hüfte zu bemerken sind und beim Sitzen oder Liegen nachlassen.

Dieser Meinung sind übrigens viele Autoren, die zu diesem Thema berichten.

Nach Robert S. Flowers (14) sind die Symptome der Meralgia paraesthetica sehr unterschiedlich.

Er zählt auf: Brennen, Taubheitsgefühl, Kältegefühl, einschnürendes Gefühl, Stiche und oftmals ein " picksendes Gefühl " wie mit " pins an needles ". (14)

II. Statistische Häufigkeit

1) Häufigkeit von Symptomen

Zur Häufigkeit des Auftretens von Meralgia paraesthetica im Zusammenhang mit allgemeinen Beschwerden des Beines verweist R.K. Jones (16) auf eine Untersuchung von 1100 Patienten.

Hierbei hatten 807 Patienten Bandscheiben-erkrankungen im Lumbalbereich nebst ihren Komplikationen, 142 Patienten Nervenwurzel-erkrankungen im Lumbal - Sakral - Bereich, 87 Patienten nichtneurologische Erkrankungen und 74 Patienten eine Meralgia paraesthetica. Dies entspricht einem Anteil von 6,7%. Der Autor verweist auf andere Berichte in diesen Zusammenhang, die von 22 bis 35 % ausgehen. (16)

Die statistischen Zahlen sind also sehr vorsichtig zu handhaben, und auch Jones (16) sieht diese Zahlen in Korrelation von nicht selten unrichtigen Diagnosen einer Meralgia paraesthetica.

Zu den einzelnen Symptomen schreibt Jones (16), daß von den 74 Patienten, 71 davon über Hyperaesthesie, 22 über Hypaesthesie, 64 über lokale Empfindlichkeit und 25 Patienten über Schmerzen klagten.

Interessanterweise waren die Schmerzen mehr im oberen dorsalen Bereich des Innervationsgebiet des N.cut.fem.lat.zu finden, während lokale Empfindlichkeit mehr im unteren

ventralen und die Hyperaesthesia im unteren lateralen Bezirk konzentriert waren.

Bei Massey und Pellock (27) hatten in Verbindung mit Hypaesthesia und/oder Hypalgesie zwischen 80 und 90 % eine Hypersensibilität über Ligamentum inguinale. Bilaterale Symptome traten in ca. 20 % der Fälle auf.

Bei 85 Patienten von Kitchen und Simpson (20) ergab sich folgende Verteilung der Symptome:

Taubheitsgefühl	32	Patienten
Schmerzen	22	"
Brennen	14	"
Prickeln	11	"
Hypersensivität	4	"
Schmerzüberempfindlichkeit	2	"
Unbestimmte Beschwerden	2	"
Unbekannte Symptome	2	"

In der Analyse von P. Moritz (28) wurden in zehn Fällen Lumbago oder Ischiasbeschwerden gefunden, in zwei Fällen Kompressionswirbelfraktur der Lendenwirbelsäule, in einem Fall tuberkulöse Spondylitis der L 2 bis L 3 - Region, in einem Fall mit rezidivierender Adnexitis auftretende Meralgia paraesthetica.

2) Altersverteilung der Meralgia paraesthetica

Wartenburg (41) stellte fest, daß die Meralgia paraesthetica gewöhnlich im mittleren Lebensalter auftritt, etwa um das 30. Lebensjahr; daß es aber Patienten gibt schon im Alter von 9 und 10 Jahren und es soll sogar ein 11 jähriger Junge seit seinem 6. Lebensjahr an Meralgia paraesthetica gelitten haben. Andererseits sind auch 70 bis 80 - jährige Patienten vorgekommen, die Meralgia paraesthetica - Symptome aufwiesen. (41)

Edelson und Nathan (9) sind gleichfalls der Meinung, daß die Erkrankung am häufigsten im mittleren Lebensalter vorkommt.

Seltener vor dem 20. Lebensjahr und häufiger bei Männern mit oft intermittierenden Charakter. (9)

Auch nach Beichl (1) werden Männer häufiger als Frauen betroffen.

M.G. Pearson (31) spricht von einem Verhältnis von 3 : 1 (männlich : weiblich).

Kitchen und Simpson (20) geben genauere Zahlen an.

Danach ist bei den Patienten, die jünger als 19 Jahre sind, das Verhältnis von männlichen und weiblichen Krankengut wie 1 : 1.

bei 20 - 29 jährigen wie 6 : 9

bei 30 - 39 jährigen wie 6 : 2

bei 40 - 49 jährigen wie 9 : 7

bei 50 - 59 jährigen wie 11 : 7

bei 60 - 69 jährigen wie 5 : 3

3) Dauer der Erkrankung

Die Dauer einer Meralgia paraesthetica ist sehr unterschiedlich.

Sie kann sehr lange anhalten und nur sehr kurzfristig auftreten. Sie kann auch wieder symptomlos abklingen.

Wartenburg (41) berichtet von Fällen, die nach wenigen Wochen, einmal sogar nach elf Tagen ausgeheilt waren, andere die sich über einen Zeitraum von 30 bis 35 Jahren, ja sogar bis 46 Jahre erstreckten. (41)

In einer Untersuchung von Kitchen und Simpson (20) an 67 Patienten, die an Meralgia paraesthetica litten, ergab sich folgende Verteilung der Symptombdauer:

weniger als 2 Monate	9	Patienten
2 bis 6 Monate	19	"
7 Monate bis 1 Jahr	8	"
2 bis 5 Jahre ,	15	"
mehr als 5 Jahre	9	"
nicht bekannte Dauer	7	"

Zur statistischen Verteilung der Ätiologie wurde schon im Punkt B) hingewiesen.

Sie ist äußerst uneinheitlich und teilweise verwirrend bis widersprüchlich.

Lediglich bei einer größeren Zahl von Autoren läßt sich herausfinden, daß die mechanischen Ursachen bzw. das Kompressionssyndrom der

Meralgia paraesthetica in den Vordergrund treten.

Einen interessanten Aspekt bringt E.W. Massey (24). Nach seiner Meinung ist die Anzahl der Ärzte unter den Meralgia - Patienten verhältnismäßig hoch.

Er beruft sich hierbei auf eine Untersuchung von Musser und Sailer, die im Jahre 1900 von 99 Meralgia - Patienten allein zehn Ärzte, die an dieser Erkrankung litten, beinhaltete.

Massey (24) versuchte auch eine Erklärung hierzu zu finden.

Nach seiner Meinung sind Ärzte sehr viel vorsichtiger bei Krankheiten wie der Normalbürger. (24)

III. Differentialdiagnose

Nach U. Romer (35) kommen beim lateralen Oberschenkelsyndrom neben der Meralgia paraesthetica noch die Spondylolisthesis (L 5) vor, bei der Spontanschmerz oder Myogelose mehr dorsal im Bereich des M.glutaeus maximus vorkommt, außerdem die Periarthritis coxae (Francon) mit Beschwerden im Bereich des Trochanter major, das arthrogene pseudoradikuläre Syndrom (Brugger) im Bereich des Hüftgelenks, wie auch die Panniculitis mit ebenfalls Beschwerden im lateralen Oberschenkelbereich. (35)

Einen einfachen Test zur Differentialdiagnose der Meralgia paraesthetica beschreibt R. K. Jones (16).

Danach wird eine Injektion von Procain in den Nervus cut.fem.lat. vorgenommen und zwar etwa in der Mitte zwischen Spina iliaca ventralis und der Femoralarterie.

Injektion von 6 ml Procain in den genannten Bereich bringt, bei Berücksichtigung anatomischer Variationen, eine sichere anaesthetische Wirkung.

Das sofortige Nachlassen der Schmerzen ist in den meisten Fällen außerordentlich eindrucksvoll. (16)

D) Therapie

Das zentrale Problem ist hierbei eine Entscheidung zu treffen, ob man zur Operation schreiten muß, also eine Nervenresektion, Neurolyse oder evtl. eine Nerventransplantation durchführt, oder ob die diversen konservativen Therapieformen ausreichen.

Dies hängt natürlich sehr davon ab, ob der Patient Schmerzen hat oder nur " lästige " Beschwerden. Als Kriterium dienen auch die Stärke der Schmerzen und in welchem Zeitraum sie auftreten.

Wie schon im Punkt B II) erwähnt, konnte oftmals nach Resektion des Nerven weder makroskopisch noch mikroskopisch eine pathologische Veränderung festgestellt werden.

Andrerseits waren aber vorangegangene konservative Therapieformen ohne Erfolg geblieben.

Natürlich ist es in diesem Rahmen schwer zu entscheiden, wie effektiv und konsequent die konservative Therapie in dem jeweiligen Fall durchgeführt wurde.

1) Konservative Therapie

R.K. Jones (16) beschreibt 74 Fälle von Meralgia paraesthetica, die mit konservativer Methode behandelt wurden.

Therapieformen waren Procain in Kombination mit Solu - Medrol (Methylprednisolon sodium succinat), Taractán, sowie Behandlung ohne Medikamente mit der Vericherung an die Patienten, daß ihre Symptome keine Zeichen einer ernsteren neurologischen Erkrankung darstellen.

Nachfolgend die Aufstellung von Jones (16):

a) Therapieform mit teilweisen Ausbleiben der Sympt.

Auf " nur Beruhigung " sprachen 19 Patienten mit teilweisen Ausbleiben der Symptome an, während mit Procain und Solu - Medrol - Medikation dies 8 Patienten waren.

b) Therapieform mit dauernden Ausbleiben der Sympt.

Mit " Beruhigungs - Therapie " reagierten 55 Patienten mit dauerndem Ausbleiben der Symptome; bei Procain und Solu - Medrol 11 Patienten, und mit Behandlung von Taracten blieben 8 Patienten symptomfrei. (16)

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt M.A. Scandiffio (37), der in 40 Jahren etwa 100 Meralgia paraesthetica - Fälle beobachtete und der Meinung ist, daß eine chirurgische Intervention nicht notwendig ist. (37)

Lidocain, Steroide und bei adipösen Patienten Gewichtsreduktion sind nach Meinung von

E. W. Massey (23) wichtige Therapieformen. Auch die Verabreichung von Phenytoin, Carbamazepine, Amitriptylin - hydrochlorid und Schmerzmittel sollen die medikamentöse Therapie einschließen.

Gelinde physikalische Maßnahmen und bei Schmerzen Analgetika werden von W. Schneid (38) vorgeschlagen, während Röttgen und Wüllenweber (34) hyperaemisierende Salben, Bäduren, Nervenblockade mit Novocain und Injektion von Hydrocortison als Therapie angeben.

W. Jost (18) verwendet Cibazol-Stöße bei Patienten mit Meralgia paraesthetica und gleichzeitiger gonorrhöischen Adnexitis. Ansonsten ist die Behandlung nach seiner Meinung wie bei einer gewöhnlichen Neuritis angezeigt. (18)

C. J. Bellis (2) meint, bevor man Neurotomie, Gewichtsreduktion und temporäre Medikamententherapie durchführt, sollte man unbedingt Injektionen mit Lokalanästhesie in das Foramen der Fascia lata durchführen, die nach seiner Meinung eine sehr erfolgreiche Behandlung der Meralgia paraesthetica darstellen. (2)

K. Poeck (32) spricht davon, zuerst auf die Harmlosigkeit dieser Störung hinzuweisen und eine Infiltration von 1 % Scandicain-Lösung unter das Leistenband in der Region der Spina iliaca ventralis zu versuchen. (32)

2) Operative Therapie

In schweren Fällen empfiehlt Poeck (32) eine Neurolyse vorzunehmen.

Massey (23) verweist darüberhinaus auf Neuroresektion und Nerventransplantation. Die Beseitigung von Ursachen wie Neoplasmen, Entzündungen, Frakturen etc. ist nach Meinung von Röttgen und Wüllenweber (34) erstes Gebot.

Falls hierbei nichts gefunden wird, schlagen sie als erste operative Therapie vor, die Verlagerung des Nerven cut.fem.lat. in die Leiste nach medial um einen spannungsfreien Zustand zu gewährleisten.

Letzte Möglichkeit ist dann die Durchtrennung des Nerven.

Dieses letztgenannte Vorgehen unterstützt auch der Autor McIntyre (21) neben einigen anderen Autoren.

E)

Diskussion

Nach Zugrundelegen der vorhandenen Literatur zur Meralgia paraesthetica erscheint diese als ein einerseits verhältnismäßig harmloses, sehr häufiges und schon relativ lange bekanntes neurologisches Leiden.

Auf der anderen Seite stellt die Meralgia paraesthetica im Hinblick auf die Begriffsbestimmung und insbesondere der Pathogenese ein, wie schon erwähnt, etwas widersprüchliches Krankheitsbild dar.

Ich möchte hier nur darauf hinweisen, daß z.B. der Autor Wartenburg (41) fast 100 (!) Ursachen dieser neurologischen Erkrankung aufführen kann, während bestimmte Autoren die Pathogenese sehr einschränken.

Darunter sind manche, die die Meralgia paraesthetica als ein rein durch mechanische Faktoren bedingte Erkrankung darstellen, wie schon im Punkt B) erwähnt wurde.

Es ist daher sehr schwierig nachzuweisen, inwieweit bestimmte Ätiologien, wie z.B. Gicht, Diabetes mellitus, Fettsucht, bestimmte Infektions- und Verdauungskrankheiten, um nur einige von vielen herauszugreifen, eine nennenswerte Relevanz besitzen.

Ausreichende Statistiken die darüber

Aufschluß geben, gibt es praktisch nicht.

Stattdessen haben sich gewisse Lehrmeinungen gebildet, die, ausgehend vom jeweiligen und zwangsläufig selektierten Krankengut, bestimmte pathogenetische Aspekte in den Vordergrund stellen.

In der zeitlichen Abfolge der Literaturscheinungen zur Meralgia paraesthetica läßt sich aber ein gewisser Trend herauslesen.

Während in der älteren Literatur noch von einer sehr umfassenden Pathogenese, damit meine ich die Vielfalt der ätiologischen Faktoren, gesprochen werden kann, liegt in der neueren Literatur ein gewisser Schwerpunkt auf der Feststellung, daß die Meralgia paraesthetica in erster Linie als ein Kompressionssyndrom aufzufassen ist. Der mechanischen Komponente wird also weit- aus die größte Bedeutung beigemessen.

Dies wird nach meiner Meinung auch an der Gewichtung der ätiologischen Faktor in dieser Arbeit deutlich, die sich hauptsächlich an der neueren Literatur orientiert.

LITERATURNACHWEIS zur

" MERALGIA PARAESTHETICA "

- (1) B e i c h l L: Zur Pathogenese der Meralgia paraesthetica, Wiener Medizinische Wochenschrift Nr.50 - 52, S. 1131 - 1134, 1967
- (2) B e l l i s C.J. : Meralgia paraesthetica, J A M A 238 (6), S. 482 1977
- (3) B e r e s f o r d H.R. : Meralgia paraesthetica after seat-belt-trauma, The Journal of Trauma 11 (7), S.629 - 630, 1971
- (4) B e r n h a r d t M. : Über isoliert im Gebiet des N.cut.fem.lat. vorkommende Paraesthesien, Neurologisches Zentralblatt 14, S. 242, 1895
- (5) B o d e c h t e l K. : Differentialdiagnose neurologischer Krankheiten, G. Thieme, Stuttgart, S.934, 1974
- (6) B o d e c h t e l , K a z m a i e r : Grundriß der traumatologischen peripheren Nervenschädigung, G. Thieme, Stuttgart, S. 113, 1951
- (7) C a s c e l l s W. et. al. : Meralgia paraesthetica due to unusual compression, New England Journal of Medicine 298 (5), S. 285, 1978

- (8) C u e t t e r A.C. : New Seat Belt Systems as a cause of Meralgia paraesthetica, J A M A 234 (2), S. 152, 1975
- (9) E d e l s o n , N a t h a n : Meralgia paraesthetica, Clinical orthopaedics 40, S. 255 - 262, 1977
- (10) E i b e l P. : Meralgia paraesthetica, Canadian Medical Association of Journal 111 (12), S. 1299, 1974
- (11) E w a l d G. : Neurologie und Psychatrie, Urban und Schwarberg- Verlag, München, S. 108, 1964
- (12) F i s c h e r , K r i e g : Zur Symptomatik und Therapie der Meralgia Paraesthetica, Münchener Medizinische Wochenschrift 79, S. 710, 1932
- (13) F l o w e r s R.S. : Meralgia paraesthetica: a clue to retroperitoneal malignant tumor, American Journal Surgery 116, S. 89 - 92, 1968
- (14) G r o s e et. al. : Meralgia paraesthetica, New England Journal of Medicine, S. 292, 1975
- (15) H a g e r W. : Neuralgia femoris: Resektion des N.cut.fem.ant.ext., Deutsche Medizinische Wochenschrift 11, S. 218, 1885

- (16) J o n e s R. K. : Meralgia para-
esthetica as a cause of leg discom-
fort, Canadian Medical Assosiation
Journal 111 (6), S. 541 - 542, 1974
- (17) J o s c h k o H. : Funktion neuro-
logischer Diagnostik, VEB Fischer
Verlag Jena, S. 120, 1961
- (18) J o s t W. : Zur Ätiologie der Meral-
gia paraesthetica, Schweiz, Medizi-
nische Wochenschrift Nr. 71
S. 1448, 1941
- (19) K i n g B.B. : Meralgia paraesthe-
tica, American Journal of Surgery 2 ,
S. 364 - 368, 1941
- (20) K i t c h e n , S i m p s o n : Meral-
gia paraesthetica, Acta Neurologia
Scandinavian 48, S. 547 - 555, 1972
- (21) M c I n t y r e I. : Meralgia para-
esthetica, Practitioner 206 (232)
S. 250 - 252, 1971
- (22) M c K a y A.R. : Back Pack Meralgia,
New England Journal of Medicine 292 (13)
S. 702, 1975
- (23) M a s s e y E.W. : Meralgia paraesthe-
tica: an unusual case, J A M A 237 (1),
S. 1125 - 1126, 1977
- (24) M a s s e y E.W. : Familiar occurence
of Meralgia paraesthetica, Archiv of
Neurological 35 (3), S. 182, 1978

- (25) M a s s e y E.W. : Meralgia paraesthetica in physicans, J A M A 239 (7), S. 614 - 615, 1978
- (26) M a s s e y , B r a n n o n : Meralgia paraesthetica and Epstein - Barr - Virus, Lancet I (8017), S.914, 1977
- (27) M a s s e y , P e l l o c k : Meralgia paraesthetica in a child, Journal of Pediatrie 93 (2), S. 325 - 326, 1978
- (28) M o r i t z P. : Beiträge zur Pathogenese der Meralgia paraesthetica, Zentralblatt für Neurochirurgie 22, S. 295 - 301, 1962
- (29) M u m e n t h a l e r M. : Neurologie, G. Thieme Verlag Stuttgart, S. 349, 1973
- (30) M u m e n t h a l e r M. : Kompressionssyndrome peripherer Nerven, Medizinische Klinik 71 (22) S. 225, 1976
- (31) P e a r s o n M. G. : Merlagia paraesthetica, Journal Obstet Gynaecologia S. 427 - 430, 1957
- (32) P o e c k K. : Neurologie, Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, S. 325, 1977
- (33) R a o T. et al. : Meralgia paraesthetica: unusual complication of inuinal herniohapy, J A M A 237 (23), S. 2525, 1977

- (34) R ö t t g e n , W ü l l e n w e b e r :
Handbuch der Neurochirurgie, Springer Ver-
lag Berlin, S. 429 - 430, 1974
- (35) R o m e r U. : Das laterale Ober-
schenkel^ksyndrom, Archiv Orthopädische
Unfallchirurgie 77 (1), S. 17 - 30, 1973
- (36) R o t h V.K. : Meeting of Physico
Medical Society, Mokau 1895
- (37) S c a n d i f f i o M.A. : Meralgia
paraesthetica, Canadian Medical Assosiat-
ion Journal 19, S. 112, 1975
- (38) S c h n e i d W. : Lehrbuch der Neu-
rologie, Thieme Verlag Stuttgart,
S. 655, 1968
- (39) S u b e r , M a s s e y : Pelvic mass
presenting as Meralgia paraesthetica,
Obstet Gynaecological 53,
S. 257 - 258, 1979
- (40) V i n k e n , B r u y n : Clinical
handbook, Amsterdam, S. 310 - 313 1970
- (41) W a r t e n b u r g : Neuritis, sen-
sible Neuritis, Neuralgie, G. Thieme Ver-
lag Stuttgart, S. 169 -187. 1959
- (42) W e i k e l , H a b a l : Meralgia
paraesthetica; Plastic and Reconstruc-
tive Surgery 4, S. 572 - 574, 1976
- (43) Z e t k i n , S c h a l d a c h :
Wörterbuch der Medizin, dtv - Verlag
München, S. 881, 1974

LEBENS LAUF

Name: Harry Tuchscherer
Piesenkamstr.19
8176 Schaftlach

geboren: 24.09.48 in Würzburg

Familienstand: verheiratet, ein Kind

Schulbildung: 1954-1959 Volksschule Lohr
1959-1962 Oberrealschule Lohr
1968-1970 Berufsaufbauschule Lohr
1970-1973 Abitur am Bayernkolleg
Augsburg

Studium: 1973-1976 Studium der Soziologie
an der LMU München
1976-1982 Studium der Humanmedizin
an der LMU München

Staatsexamen: April 1982

